

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René POISSON

Né à Château-Thierry, le 29 octobre 1889

Externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

A FORME MÉLANCOLIQUE

Président : M. DUPRÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

88

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René POISSON

Né à Château-Thierry, le 29 octobre 1889

Externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

A FORME MÉLANCOLIQUE



Président : M. DUPRÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique.	AUGUSTE BROCA
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ
Clinique thérapeutique.	SEBILEAU
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTIERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLEHC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

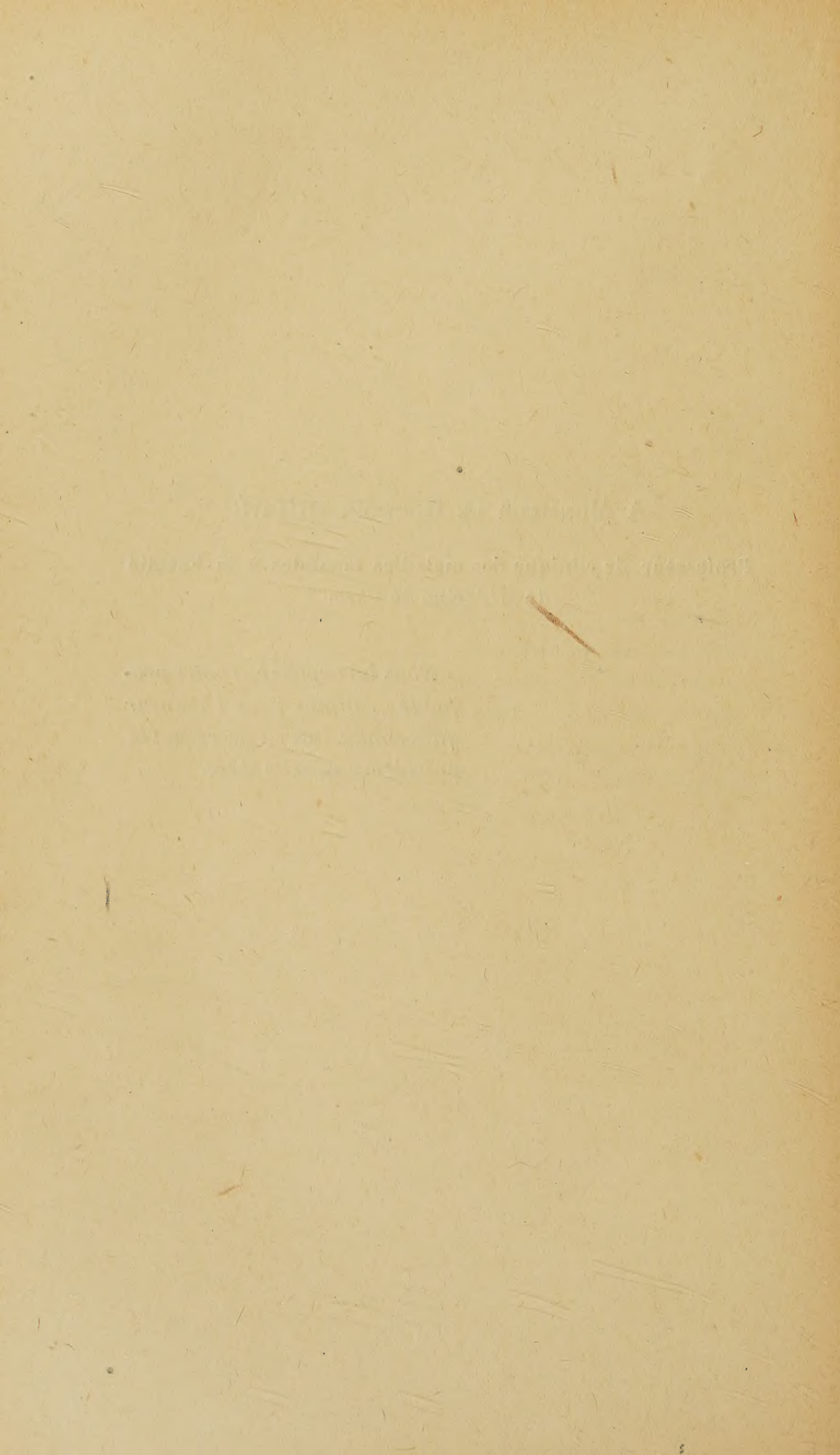
Médecin de l'hôpital Lariboisière

Il nous guida dans la carrière médicale, depuis nos premiers pas jusqu'à la terminaison de nos études, avec une sollicitude paternelle. Nous le prions de croire à notre respectueuse et très vive reconnaissance.

1
A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPRÉ

Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté
de Médecine de Paris

*Nous lui exprimons notre pro-
fonde gratitude pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*



MÉNINGITE TUBERCULEUSE

A FORME MÉLANCOLIQUE

Dans ses cliniques médicales, Jaccoud parlant de la méningite tuberculeuse de forme normale chez l'adulte dit : « Elle est rare, je n'oserais pas affirmer qu'elle est la plus rare, mais si je m'en rapporte uniquement à mes propres observations, j'incline à le croire. »

Cette affection présente, en effet, une symptomatologie essentiellement polymorphe, allant du type classique pur, plutôt observé chez l'enfant que chez l'adulte, et où prédominent les symptômes basilaïres, aux formes les plus atypiques : formes latentes (Vibert), torpides (Monnier), comateuses (Landel), épileptiques (Lyonnel-Méloir), choréiformes (Breton), localisées (Chantemesse), délirantes.

Ces dernières formes doivent être différenciées des troubles psychiques que l'on voit éclore dans la période d'invasion de la maladie. A ce moment, le malade devient morose, irascible, ou au contraire d'une insouciance extrême ; il y a chez lui une tendance à l'épuisement rapide de l'activité nerveuse et psychique. Quelquefois même, un délire passager apparaît. Mais ce sont là des troubles en quelque sorte incohérents, non systématisés. Ils disparaissent.

sent ou s'atténuent, en même temps que la maladie évolue vers sa période d'état et que les grands symptômes apparaissent.

Dans les formes délirantes, au contraire, les troubles mentaux constituent l'essentiel de la symptomatologie ; les symptômes classiques n'étant que secondaires ou quelquefois n'apparaissant même pas.

Ces troubles mentaux sont d'une grande variété, et « on peut dire en ce sens que chaque malade a une méningite particulière dont l'expression psychopathique est presque toujours conforme à sa réaction cérébrale individuelle, à sa formule mentale personnelle » (Dupré). Cependant il est possible de distinguer un certain nombre de formes bien systématisées : délire de la persécution, delirium tremens, délire érotique (Chantemesse).

Nous nous proposons d'étudier la forme mélancolique, et d'établir son individualité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Service du D^r de Massary)

R..., quarante-deux ans, métallurgiste, entre à l'hôpital, salle B... pour toux, dyspnée, fatigue générale, le 2 mai.

Antécédents personnels. — Pneumonie gauche à vingt-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa sœur sont morts de tuberculose. Son frère, cordonnier, s'est adonné à la boisson et s'est pendu.

Dès le premier abord, on est frappé de l'attitude du malade. Il reste étendu dans son lit, indifférent à tout ce qui l'entoure, paraissant en proie à une grande tristesse. Son regard est inquiet, il a l'oméga mélancolique. Il ne répond aux questions posées qu'après un intervalle de temps assez long et d'une voix lente, sourde, hésitante. Il semble avoir quelque peine à rassembler ses idées; néanmoins, il raconte clairement son histoire.

Etant aux armées, en 1916, il est intoxiqué par les gaz. Il a, à la suite, une congestion pleuro-pulmonaire gauche. Après six mois de traitement, il est envoyé dans une usine de guerre. Il continue à tousser, à maigrir, il est réformé, en 1918,

pour tuberculose pulmonaire. Depuis, il tousse toujours, crache assez abondamment, a des points de côté fréquents. Il y a trois semaines, son état s'est aggravé. Il entre à l'hôpital, reste plusieurs jours salle B, puis est passé aux agités, salle Siredey. Il aurait eu soif pendant la nuit, aurait voulu boire, malgré l'infirmière, et aurait fait du bruit.

Le malade raconte qu'il a eu peur en arrivant dans cette salle, parce qu'il y avait des carreaux bleus qui lui rappelaient la guerre : dans les usines où il travaillait pendant la guerre, il y avait également des carreaux bleus. Puis il était inquiet, parce qu'il croyait qu'on l'avait transporté à la Morgue, mais il reconnaît son erreur. Il prend un ton larmoyant à la fin de son histoire et se met à pleurer.

L'examen du malade révèle une tuberculose pulmonaire très nette.

Râles humides dans toute l'étendue des deux poumons. Souffles caverneux au sommet droit. Nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

Rien au cœur.

Foie débordant légèrement les fausses côtes.

Les urines contiennent de grosses quantités d'albumine 7 grammes par litre.

Œdème des jambes. Fièvre vespérale.

4 mai. — Les signes physiques sont stationnaires. L'albumine diminue (3 gr.); mais l'état mental est loin de s'améliorer. L'anxiété augmente. Le malade a peur de la mort ; il raconte qu'il ne sortira jamais d'ici, mais qu'il est résigné à mourir. Il réclame à chaque instant sa femme qui, d'ailleurs, est venue la veille. Interrogée, celle-ci a déclaré, qu'avant

son entrée à l'hôpital, son mari ne présentait absolument aucun trouble mental.

7 mai. — L'état mental s'aggrave nettement. Quand il n'est pas étendu dans son lit, immobile, les yeux vagues, le malade passe son temps à regarder la pendule, à demander quelle heure il est pour savoir quand sa femme viendra. Il la réclame à chaque instant, d'une voix monotone et uniforme, même lorsqu'elle vient de le quitter. Il plisse ses draps en poussant des soupirs. Il pleure à tout propos, pendant la visite de sa femme, parce qu'elle vient de partir, quand il remercie l'infirmière de le bien soigner. Il se plaint de ne plus dormir.

Le D^r Mallet, ancien chef de la clinique des maladies mentales, qui voit le malade, porte le diagnostic de mélancolie.

11 mai. — L'état physique semble s'améliorer. L'albumine n'existe plus qu'à l'état de traces; mais le malade semble avoir un délire d'auto-accusation. Il est très agité et se tord les mains. Il voudrait voir l'aumônier et lui dire ce qu'il ressent (il l'a d'ailleurs vu peu de jours avant). Il n'est pas marié à l'église, ce qui le préoccupe beaucoup. Il a, dit-il, abandonné la religion à 13 ans, se moquant même de ceux de ses camarades qui pratiquaient. Il le regrette amèrement: aussi, depuis qu'il est à l'hôpital, et par crainte de la mort, il manifeste nettement des idées pieuses.

Il se plaint toujours d'insomnies. Les larmes sont presque continuelles.

16 mai. — Brusquement, pendant la nuit, et sans qu'aucune aggravation de son état n'ait pu le faire prévoir le malade meurt.

L'autopsie du crâne fut faite d'une façon tout à fait acci-

dentelle. On eut la surprise de trouver des lésions très nettes de méningite tuberculeuse.

A l'ouverture du crâne, liquide céphalo-rachidien abondant; nombreuses granulations tuberculeuses au niveau de la sylvienne à gauche. Adhérences des méninges à cet endroit. Pas de dilatation des ventricules. Rien aux plexus choroïdes.

Poumons. — Lésions tuberculeuses avancées. Ramollissement dans toute l'étendue des deux poumons. Au sommet droit, plusieurs petites cavernes.

L'examen histologique confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Méninges. — Amas lymphocytaires. Epaissement très marqué de la méninge. Vaisseaux dilatés et épaissis. Processus inflammatoire, plutôt du type subaigu ou chronique qu'aigu.

Ecorce. — Pas d'altération appréciable des cellules pyramidales. Corps de Nissl d'apparence normale. Pas de péri-vascularite.

OBSERVATION II (Arnould)

Marie L..., dix-sept ans, entre au service le 25 novembre 1906, où elle est soignée pour une tuberculose pulmonaire, jusqu'au mois de février de l'année suivante, époque à laquelle débutent des symptômes d'excitation cérébrale qui aboutissent à une méningite caractérisée. Pendant les quelques mois où les symptômes méningés attirent seuls l'attention il faut noter une céphalée presque continue, et surtout une exagération des réflexes qui, déjà, traduisaient l'intoxication des centres nerveux. Dans le courant de février, alors

que les symptômes pulmonaires semblaient s'amender, l'on remarquait une surexcitation anormale, des idées bizarres et incohérentes. On va saisir dans l'observation, notée rapidement, au jour le jour, l'évolution de ces manifestations délirantes.

25 février. — Hallucinations continuelles. La malade veut quitter l'hôpital ; croit apercevoir dans la salle son père, venu, dit-elle, pour la chercher ; réclame son billet de sortie.

28 février. — Tour à tour la malade gémit et pleure, ou chante et rit.

3 mars. — Température 38°, langue blanche, saburrale, pommettes colorées.

Voici caractérisée une première phase d'excitation, de troubles mentaux, phase accompagnée d'une ascension thermique, d'une poussée fébrile, d'autant plus nette qu'habituellement la température oscille de 36°8 à 37°2.

Tandis que persiste l'élévation thermique vespérale, les phénomènes d'excitation s'atténuent, cèdent le pas à un délire mobile, tranquille, caractérisé par des idées fixes, des obsessions, des hallucinations et des modifications de l'émotivité. Progressivement, ce délire se systématise, devient franchement mélancolique, aboutit à la confusion mentale. Nous notons :

7 mars. — La malade est plus calme, toutefois ne répond que difficilement aux questions, pleure très facilement et se montre très capricieuse.

8 mars. — Préoccupations continuelles, relatives à sa maladie actuelle, surtout aux maladies antérieures dont elle exagère, déforme les symptômes.

12 mars. — Persistance d'idées fixes, obsessions. La malade pleure presque continuellement.

Vers la fin de mars, le délire hypochondriaque est traversé de courtes phases d'excitation.

23 avril. — Etat stationnaire, la fièvre vespérale diminue, tardivement s'accroissent les tendances mélancoliques ; la déchéance organique s'accuse, l'affaiblissement progressif, la dénutrition s'associent à l'organisation d'un délire tranquille, hypémaniaque.

1^{er} mai. — Délire triste, tranquille. Amaigrissement considérable.

15 mai. — Même état, tristesse, irritabilité, idées incohérentes, contradictions.

30 mai. — Vomissements.

15 juin. — Les symptômes mentaux de même ordre s'accroissent. Faiblesse, cachexie.

22 juin. — Mort dans un état de déchéance organique et mentale frisant la démence.

OBSERVATION III (Le Gras)

Germain D..., quarante-sept ans, entre le 10 juin 1904 dans le service de M. Bouloche à la maison municipale de santé. Il revient de New-York où il était régisseur dans un théâtre. Il se plaint de manquer d'appétit, d'avoir des digestions irrégulières et pénibles, de la constipation fréquente. Il ne sait préciser la date à laquelle ont débuté ces derniers troubles.

On est frappé, dès l'abord, de l'amaigrissement considérable que présente D..., amaigrissement qui ne s'accompagne pas toutefois de diminution notable de la force mus-

culaire. Cet état de maigreur remonterait environ à cinq ou six mois, car le malade présente une photographie faite à cette époque, témoignant qu'il avait alors une corpulence normale. L'examen du tube digestif, en dehors de quelques vagues troubles fonctionnels accusés par le malade, ne révèle rien de particulier à l'examen direct. L'appareil respiratoire, soigneusement examiné, paraît absolument indemne de toute lésion. Rien au cœur. Les urines, 1700 gr., par vingt-quatre heures, ne contiennent ni sucre ni albumine. Pouls : 85. Température rectale : 37°3. A aucun moment, pendant son séjour à l'hôpital, il n'a présenté la moindre élévation thermique. Le malade paraît un peu affaibli et déprimé ; il parle peu, mais les réponses sont sensées et rien ne semble devoir attirer l'attention du côté de son état mental.

On le met au régime du lait, du bouillon et des œufs, et on estime que, pour le moment du moins, cet homme a plus besoin de repos que de soins médicaux.

Mais, deux jours après l'entrée de D... dans le service, le malade qui partage sa chambre nous raconte que D... s'alimente extrêmement peu et que, pendant de longues heures, il se met à cracher sans cesse, emplissant deux ou trois crachoirs par vingt-quatre heures.

Interrogé, D... déclare sans hésitation qu'il ne peut déglutir aucun aliment solide ou liquide, ni même sa salive : « Son pharynx, dit-il, est bouché. » L'examen des voies digestives supérieures ne montre rien de particulier.

Les jours suivants, malgré les objurgations dont il est l'objet, il continue à s'alimenter aussi peu et une sputation incessante persiste. Tantôt il assure que son pharynx est « bou-

ché » ; tantôt au contraire, il prétend que sa bouche « ne saurait saisir les aliments », car elle est « de travers ». Un examen méthodique et minutieux du système nerveux est alors pratiqué ; il ne révèle aucun signe objectif de lésions nerveuses : les réflexes tendineux et cutanés sont normaux et égaux des deux côtés ; les pupilles, égales, régulières, réagissent à la distance et à la lumière. La sensibilité est intacte, la force musculaire conservée. Le malade est triste et taciturne ; il ne se plaint pas spontanément ; il est replié sur lui-même, ne cause jamais aux autres malades, attend pour parler d'être interrogé et répond alors brièvement, comme ennuyé d'être obligé d'avoir des rapports avec quelqu'un. Dans la journée, il se promène souvent seul dans l'hôpital, allant rendre visite à des parents ou à des amis (?) D'autres fois il reste au lit tout le jour et si on lui demande pourquoi il ne se lève pas, il déclare qu'il va mourir et il écrit à sa famille.

On porte le diagnostic de délire hypochondriaque avec dépression mélancolique. Comme il continue à s'alimenter de façon très insuffisante, on essaie de le nourrir à la sonde. L'introduction de celle-ci se fait très aisément, mais, après deux ou trois essais, le malade refuse de se laisser alimenter régulièrement par ce procédé.

En présence de cet état de choses, et comme l'amaigrissement du malade devient extrême, on décide de le transporter dans le service de M. Gilbert-Ballet, et, le 23 juin, D... est transféré à l'Hôtel-Dieu. Le jour même de son entrée, un examen rapide est pratiqué qui ne révèle rien de particulier. Le lendemain, 24 juin, à 6 heures du matin, on trouve D... mort dans son lit, sans que rien pendant la nuit n'ait

attiré l'attention des autres malades de la salle ou de la surveillante de nuit.

Autopsie. — Le 25 juin, l'autopsie est pratiquée.

Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent que des lésions banales cadavériques. Absence complète de lésions tuberculeuse aux poumons, foie, reins, rate.

Encéphale, semis de granulations tuberculeuses, de volume très inégal, prédominant à la base et suivant les scissures principales. On les rencontre surtout sur les scissures de Sylvius et de Rolando. Partout ailleurs, elles existent aussi, mais avec moins d'abondance.

La pie-mère est opacifiée et épaissie au niveau des points où les granulations sont le plus confluentes, ainsi au niveau de la base et des scissures de Sylvius. Méninges adhérentes par places et se décortiquant mal. Aucune lésion macroscopique appréciable au niveau du cervelet et de la moelle.

Examen histologique. — Infiltration de la gaine des vaisseaux. Les grandes cellules, pyramidales de la zone Rolandique présentent des contours souvent irréguliers et le noyau est souvent rejeté à la périphérie du corps cellulaire. La masse protoplasmique se laisse faiblement teinter par la matière colorante. (Examen fait au Nissl et à l'hématoxiline.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ces cas de méningite à évolution clinique si particulières les lésions des méninges sont des lésions banales : granulations à la base et suivant les scissures principales (ob. III), au niveau de la sylvienne (obs. I). Epaississement, opacification et adhérence des méninges, infiltration et épaississement des vaisseaux dans les deux cas.

Les lésions de l'écorce devraient présenter un intérêt plus considérable ; on y devrait rencontrer des lésions particulières. Il n'en est rien. Dans l'observation I, l'examen microscopique ne révèle pas d'altération appréciables des cellules pyramidales. Les corps de Nissl sont d'apparence normale.

Dans l'observation III, les grandes cellules pyramidales de la zone rolandique présentent des contours souvent irréguliers et le noyau est fréquemment rejeté à la périphérie du corps cellulaire. Ces lésions se rapprochent de celles que produisent expérimentalement les toxines tuberculeuses et qu'Armand Delille a classées ainsi :

a) Chromatolyse partielle, avec état poussiéreux du protoplasma ;

b) Chromatolyse avec chromophilie du noyau ;

c) Tuméfaction globuleuse avec ou sans excentration du noyau ;

d) Désintégration moléculaire avec désintégration plus ou moins intense du noyau.

Dans ces trois observations, l'état mélancolique est nettement défini. Le malade de l'observation I est affaîssé, concentré sur lui-même ; son facies est inquiet. La tristesse, l'anxiété et, plus tard, l'angoisse sont chez lui permanentes ; il pleure à tout propos et pour des riens. Il se tord les mains. Il lui semble qu'on l'abandonne et il le répète d'une façon incessante et monotone ; il a une peur affreuse de la mort, ce qui lui donne des hallucinations : il croyait qu'on l'avait mis à la Morgue et non dans une salle. Il a un délire d'auto-accusation ; il a abandonné la religion, se moquant de ceux qui pratiquaient ; il le regrette amèrement.

Nous avons nettement affaire à un mélancolique anxieux.

Le malade de l'observation III est triste, taciturne replié sur lui-même, il ne se plaint pas spontanément ; il faut l'interroger et il semble ennuyé d'avoir des rapports avec quelqu'un ; il est anxieux, angoissé par l'idée de sa mort ; il refuse de s'alimenter imprégné de cette idée délirante qu'il a le pharynx bouché, la bouche de travers et que, par conséquent, il ne saurait ni déglutir sa salive, ni rien avaler.

Toute cette symptomatologie : douleur morale, tristesse, affaiblissement de la volonté, inertie motrice, est bien le fait d'un état mélancolique délirant.

Dans l'observation II, nous assistons très nettement à l'établissement du délire mélancolique. A la période prodromique, surexcitation, idées bizarres incohérentes. Puis surviennent des hallucinations et des phénomènes d'excitation qui peu à peu, s'atténuent pour faire place à un délire mélancolique qui s'organise progressivement. La malade se replie sur elle-même, elle pleure avec la plus grande facilité, puis elle se préoccupe continuellement de sa maladie actuelle, de ses maladies antérieures. A la période ultime de sa maladie, elle fait un délire triste, tranquille, rarement coupé de courtes périodes d'excitation.

Dans ces trois cas de méningite tuberculeuse, nous trouvons donc le symptôme mélancolie. Nous allons voir qu'il constitue le symptôme essentiel.

Dans les observations I et III, il constitue à lui seul toute la symptomatologie méningée. Pendant quatorze jours, (obs. I), pendant treize jours (obs. III) on ne constate rien d'autre qu'une dépression mélancolique. Il n'existe absolument aucun signe de méningite tuberculeuse. Le malade de l'observation I voyait son état pulmonaire stationnaire. L'albuminurie avait fortement régressé. Celui de l'observation III ne se plaignait que de troubles gastro-intestinaux. Dans les deux cas, la terminaison fut la même : on trouve les malades morts dans leur lit, sans que rien n'ait pu faire prévoir un dénouement aussi rapide. Le diagnostic de méningite tuberculeuse fut une trouvaille d'autopsie.

Dans l'observation II, les signes somatiques exis-

tèrent d'abord seuls pendant un temps assez long. Puis surviennent les symptômes mentaux qui, bientôt, retiennent seuls l'attention et, désormais, il ne sera plus question que d'eux.

Chantenesse avait déjà bien observé que, dans les formes où le délire tient une grande place, les symptômes habituels sont atténués. C'est seulement à l'état d'ébauche qu'apparaissent les symptômes méningés et « lorsqu'on les rencontre, il semble exister une sorte d'antagonisme entre ces grands signes somatiques et les phénomènes mentaux. C'est lorsque ceux-ci s'effacent que ceux-là font leur apparition ».

Nous ne citerons que pour la rejetée de suite l'objection que l'état mélancolique pourrait faire partie des troubles intellectuels prodromiques de la méningite tuberculeuse. Ces troubles intellectuels ont, nous l'avons déjà dit, des caractères spéciaux et une absence de systématisation incompatibles avec le délire mélancolique. Puis, dans nos observations, les troubles mentaux ont persisté jusqu'à la mort, alors que les troubles psychiques de la période d'invasion cessent avec elle.

Il ne semble pas non plus qu'il faille considérer la méningite tuberculeuse comme la phase terminale de l'infection tuberculeuse que présentait un mélancolique.

Dans l'observation I, la durée du délire mélancolique a été de quatorze jours, ce qui peut correspondre à l'évolution normale d'une méningite tuberculeuse. Dans l'observation II, les symptômes

méningés ont débuté les premiers. Dans l'observation III, la durée totale du délire mélancolique a été de treize jours, ce qui correspond également à l'évolution d'une méningite.

Peut-être pourrait-on, d'une façon assez rationnelle, rattacher la forme mélancolique de la méningite tuberculeuse à une évolution subaiguë ou chronique du processus anatomique de la maladie. Dans nos trois observations, il semble qu'on a affaire à un état évoluant plus lentement qu'à l'ordinaire. Dans l'observation I, si la clinique ne nous permet pas de dire que nous avons affaire à un processus subaigu ou chronique, l'examen histologique nous l'affirme. Dans l'observation II, la méningite tuberculeuse débute au mois de février et se termine le 15 juin. Dans l'observation III, le début des troubles remonte à cinq ou six mois au moins avant l'apparition des symptômes cérébraux. C'est un amaigrissement qui ne peut être mis que sur le compte de la méningite tuberculeuse, puisque les seules lésions rencontrées à l'autopsie sont celles de la méningo-encéphalite bacillaire.

Est-il possible d'avancer que les phénomènes mentaux sont dus à une action mécanique, c'est-à-dire à une compression du cerveau causée par la dilatation des ventricules, par l'exsudation séreuse, produisant un état de torpeur et d'apathie ? Ce n'est guère admissible. Nous ne nous trouvons pas en présence de

phénomènes de compression, mais de symptômes d'un ordre tout différent. Dans une de nos observations, il n'y avait pas de dilatation des ventricules et la quantité de liquide céphalo-rachidien n'était pas suffisante pour amener des phénomènes de compression. D'autre part, l'hydropisie des ventricules est banale dans la méningite tuberculeuse, tandis que la forme mélancolique que nous étudions est exceptionnelle. Deux hypothèses restent donc à envisager :

Avons-nous affaire à des troubles d'irrigation de l'écorce par lésions vasculaires, ou sommes-nous en présence d'une action spéciale des toxines tuberculeuses sur les centres nerveux ?

Chantemesse, dans sa thèse, pense que les phénomènes délirants sont dus à des troubles circulatoires, soit que des modifications se produisent au niveau des capillaires, en diminuant leur calibre, soit qu'il se produise au niveau du cortex des troubles vaso-moteurs. Lange, puis Dumas, pensent que la cause des états mélancoliques réside dans les troubles de la circulation et de la contraction musculaire, et qu'ils n'en sont pas le résultat. La mélancolie ne produirait pas les troubles, mais serait produite par eux.

Cette hypothèse contient certainement une grande part de vérité. Mais nous pensons qu'il faut tenir un plus grand compte de l'action des toxines tuberculeuses sur les centres nerveux. « Les poisons bactériens provenant de maladies infectieuses et constitués par les toxines des microbes et les toxines cellu-

laïres agissent sur les cellules nerveuses d'une façon qui reste encore obscure, mais dont la réalité est prouvée par la clinique (Roubinovitch).

L'action de ces toxines est probablement favorisée par le terrain sur lequel elles exercent leur action. Chez certains individus, du fait de l'hérédité, les cellules psychiques naissent amoindries (obs. I, suicide du frère). Chez d'autres, elles naissent normales, mais sont lésées par une maladie quelconque, survenant après la naissance. Les toxines agissent ainsi sur un terrain propice et les perturbations mentales qu'entraîne leur action se produisent suivant les tendances innées ou acquises des sujets, dont le délire se fera suivant les idées, les préoccupations habituelles, les prédispositions héréditaires. L'un fera un délire de persécution, un autre un délire érotique, le troisième un délire mélancolique.

On a pensé qu'il pourrait y avoir une relation entre la situation topographique des lésions de méningite bacillaire au niveau de la convexité des hémisphères et les troubles mélancoliques.

M^r Dupré insiste sur « la prédominance et l'antériorité manifeste des lésions frontales dans les formes mentales de la méningite tuberculeuse ». Il cite l'observation de Bergé et le cas particulièrement net de Vigouroux, dont voici la partie anatomo-pathologique « au niveau de la face inférieure du lobe frontal, les méninges sont épaissies, infiltrées de sérosités et adhérentes à la surface corticale. Plus en arrière, au

niveau de l'hexagone de Willis et de la protubérance annulaire, la pie-mère épaissit, forme un manchon-fibreux autour des nerfs crâniens et surtout du moteur oculaire commun. A la partie antérieure du cerveau, à travers les méninges épaissies et opaques, on voit de petites granulations de la grosseur d'un grain de millet. Rangées le long des vaisseaux, dans le fond des sillons, elles paraissent plus nombreuses au niveau du pied de la scissure de Sylvius. »

Dans les cas que nous avons étudiés, les lésions n'existent pour, l'observation I, que dans le territoire de la scissure de Sylvius. Dans l'observation III on les rencontre à la base et suivant les scissures principales, surtout celles de Sylvius et de Rolando.

Le Gras, dans sa thèse où il étudie, à un point de vue beaucoup plus général, les formes mentales de la méningite tuberculeuse, ne trouve pas de localisation constante.

Peut-être est-il plus sage d'adopter les conclusions que formulait M^r Gilbert Ballet sur la mélancolie en général : « à vrai dire, on ne sait si elle est produite par la localisation d'une lésion à un siège spécial, ou, ce qui est plus probable, par une altération particulière des cellules de l'encéphale. »

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme de méningite tuberculeuse caractérisée par un syndrome mélancolique presque unique, ou tout au moins largement prépondérant.

2° Cette forme paraît due à une évolution subaiguë ou chronique et lente du processus tuberculeux.

3° Ce syndrome psychopathique relève de l'action des toxines tuberculeuses, en même temps que des troubles circulatoires dus aux lésions vasculaires, sur la convexité des hémisphères.

4° L'action des toxines est favorisée par la nature du terrain sur lequel elles s'exercent (predisposition héréditaire).

Vu : le Président de la thèse,
DUPRÉ

Vu le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Armand-Delille.* — Du mode de réaction sur les méningites des poisons locaux du bacille tuberculeux. Société de Biologie, juillet 1902).
- Thèse de Paris, 1902-1903, n° 449.
- Arnould.* — Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. Thèse Nancy, 1905.
- Ball.* — Leçons sur les maladies mentales.
- Vésanie tuberculeuse. Encéphale, 1887.
- Ballet.* — Traité de Pathologie mentale.
- Bernheim.* — Troubles psychiques d'origine tuberculeuse. Indépendance médicale, 1899.
- Biaute.* — Contribution à l'état mental de la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris, 1879.
- La Bonnardière.* — Rapport de l'aliénation mentale et de la tuberculose. Thèse de Lyon, 1898.
- Boudon.* — Formes anormales de la méningite tuberculeuse. Thèse de Montpellier, 1887-1888.
- Chantemesse.* — Thèse de Paris, 1884.
- Chardon-Fleuret.* — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales. Thèse de Lille, 1889.
- Chartier.* — De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses. Thèse de Paris, 1899.
- Chevalier-Lavaure.* — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Thèse de Bordeaux, 1889-1890.

- Dumas.* — Les états intellectuels dans la mélancolie. Thèse de Paris, 1894.
- Dupré.* — Article méningite in Manuel de Médecine de Debove et Achard, t. III.
- Psychopathies organiques in Traité de Pathologie mentale de Gilbert-Ballet.
- Article méningisme in Traité des maladies de l'enfance.
- Hatinel.* — Article méningite in Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert.
- Jaccoud.* — Formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte (Journal de Médecine interne, 1900).
- Juséprovitch.* — Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1909.
- Laiguel-Lavastine.* — Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (Revue de Médecine, 1906).
- Landel.* — Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Thèse de Paris, 1895-1896.
- Le Gras.* — Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1905-1906.
- Leraître.* — La mort subite dans les méningites tuberculeuses dites primitives. Thèse de Paris, 1898-1899.
- Livoff.* — Etude des troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. Thèse de Paris, 1890-1891.
- Madeline.* — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques. Thèse de Paris, 1902-1903.
- Marchand (L.).* — Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale (Gazette des Hôpitaux, 6 avril 1905).
- Martin (L.) et Vandremere (J.).* — Etude sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse (Société de Biologie, 1899).
- Masbrenier.* — Sur un cas de méningite tuberculeuse avec délire (Bulletin de la Société anatomique, 1898).
- Monnier.* — Des méninges tuberculeuses en plaques, à forme torpides. Thèse de Paris, 1898-1899.

- Morel.* — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques observations de formes anormales. Thèse de Paris, 1886-1887.
- Paris.* — Le délire des infections aiguës et le délire vésanique. Thèse Bordeaux, 1914-1915.
- Périguat.* — La forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Lyon, 1904-1905.
- Perrone.* — Quelques observations cliniques de méningites cérébro-spinales et tuberculeuses ayant présenté des particularités au cours de leur début, de leur durée, de leur évolution. Thèse Paris, 1912-1913.
- Régis et Chevalier-Lavaure.* — Les folies et les maladies aiguës (Gazette hebdomadaire de Médecine, 1893).
- Roubinovitch.* — In Traité de Médecine mentale de Gilbert Ballet.
- Sarda.* — Sur les formes anormales de méningite tuberculeuse de l'adulte (Montpellier médical, 1888).
- Thomas (Pierre).* — Sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës. Thèse Lyon, 1902.
- Huna Truka.* — Quelques considérations sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse. Thèse de Nancy, 1903-1904.
- Toulouse.* — Predisposition et causes occasionnelles des maladies mentales (Gazette des Hôpitaux, 1895).
- Toulouse et Roubinovitch.* — La mélancolie.
- Vigouroux.* — Méningite tuberculeuse à forme mélancolique (Annales médico-psychologiques. Paris, 1901).
- Weill et Péhu.* — De la méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant (Lyon médical, novembre 1901).

